

THÈSE
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par MAURICE André.
né le 21 Juillet 1910 à Marigny le Chatel (Aube)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'APPENDICITE SOUS - HEPATIQUE
AVEC CÆCUM RECURVATUM



le Président : M. FIESSINGER, Professeur.

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
PARIS
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

par MAURICE André.

né le 21/7/ à Marigny le Châtel (Hube)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'APPENDICITE SOUS - HEPATIQUE
AVEC CÆCUM RECURVATUM



le Président : M. FIESSINGER, Professeur.

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
PARIS
1936

1. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIER
Physiologie	Léon BINE
Physique médicale	STROH
Chimie médicale	DESGRE
Bactériologie	Robert DEBR
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASS
Anatomie pathologique	ROUSS
Histologie	CHAMP
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAL
Thérapeutique	HARVIE
Hygiène et médecine préventive	TANG
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTIN
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARE
Clinique médicale	LOEPES
—	CARN
—	CLER
—	Marcel LABB
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLE
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOUR
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGERO
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAI
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERR
Clinique chirurgicale	CUNE
—	GOSSE
—	GREGOIR
—	LENORMAN
Clinique ophtalmologique	TERRIE
Clinique urologique	MARIO
Clinique d'accouchements	BRINDEA
—	COUVELAIR
—	JEANNI
Clinique gynécologique	N
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANN
Clinique thérapeutique médicale	RATHER
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITR
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVA
Clinique propédeutique	SERGEN
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇO
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIE
Professeurs sans chaire	HOVELACQU
—	MOCQU
—	MULO
—	OLIVIE
—	VERN



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin).... Hydrologie
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 DOGNON Physique
 FEY Urologie
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU Pathologie médicale
 HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie
 HUGUENIN.. Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène
 LABBE (Henri) Chimie biologique
 LACOMME Obstétrique

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE .. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY Pharmacologie
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 OBERLING .. Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale
 PORTES Obstétrique
 RICHET Physiologie
 SANNIE Chimie biologique
 SENEQUE ... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique
 WILMOTH .. Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

Clinique médicale.. ABRAMI.
 — ... ALAJOUANINE.
 — ... AUBERTIN.
 — ... BRULE.
 — ... CHABROL.
 — ... CHIRAY.
 — ... DONZELOT.
 — ... DUVOIR.
 — ... LIAN.
 — ... PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 — ... SEZARY.

MM.

Clinique chirurgicale. BASSET.
 — ... BROCC.
 — ... CADENAT.
 — ... GATELLIER.
 — ... HEITZ-
 BOYER.
 — ... MOURE.
 — ... QUENU.
 — ... SCHWARTZ.
 — ... VELTER.
 MM.
 Clinique obstétricale. EGALLE.
 — ... GUENIOT.
 — ... LE LORIER.
 — ... LEVY-SOLAL.
 — ... METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 WEIL-HALLE Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A ma FEMME.

A mon PERE, à ma MERE.

*En témoignage de ma profonde affection et en
reconnaissance pour leur grande bonté.*

A mes BEAUX-PARENTS.

A ma FAMILLE.

A mes AMIS.

A mon PRESIDENT DE THESE :

M. le PROFESSEUR

*En hommage de reconnaissance pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre
thèse.*

A mon chër MAITRE :

M. le Docteur TREMOLIERES.

*Qui nous a proposé le sujet de cette thèse, et dont
la constante bienveillance nous a particulièrement
touché; qu'il veuille bien trouver ici l'expression
modeste de notre reconnaissance et de notre res-
pectueux attachement.*

A M. le Docteur A. BERGERET :

*En témoignage de notre gratitude, pour les pré-
cieux conseils qu'il voulut bien nous donner au
cours de ce travail.*

A mes MAITRES dans les Hôpitaux :

M. le Professeur BEZANÇON.

M. le Professeur CUNEO.

M. le Professeur ABRAMI.

M. le Docteur SORREL.

M. le Docteur J. HALLE.

M. le Docteur TREMOLIERES.

M. le Professeur GUILLAIN.

M. le Professeur LEMIERRE.

M. le Docteur SEZARY.

M. le Docteur ECALLE.

M. le Professeur CLAUDE.

A MM. les Docteurs A. BARANGER, CHENIER, P. DELIE,

A. GAILLON et L. PETRIGNANI.

INTRODUCTION

Les manifestations cliniques de l'appendicite sont soumises à de nombreux facteurs :

- La nature du germe pathogène;*
- Le terrain du sujet;*
- La situation de l'appendice, etc.*

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail, une forme clinique particulière due à une localisation anormale du foyer appendiculaire : il s'agit de l'appendicite sous-hépatique, en rapport avec un « cæcum recurvatum ».

Nous commencerons par en donner une définition; nous étudierons ensuite successivement l'intérêt et l'histoire de la question, les symptômes, les signes radiologiques, la pathogénie et enfin le traitement de cette affection.

DEFINITION

Il nous paraît important de bien préciser d'abord les caractères de l'anomalie de position du cæcum qui conditionne le tableau clinique de cette appendicite.

Le « cæcum recurvatum » — ou encore suivant les auteurs, « cæcum renversé », « cæcum inversé », « cæcum en chandelle » (de Martel), est réalisé par un renversement, une coudure du cæcum, telle que le fond de cet organe se trouve placé au contact de la face inférieure du lobe droit du foie.

Cette dystopie porte ainsi à la fois sur le siège et sur l'orientation du cæcum, qui devient dans ce cas, descendant.

Il va en résulter, par ailleurs, un bouleversement topographique des segments de l'intestin, sus et sous jacents : côlon ascendant d'une part, dernière anse iliale d'autre part.

Le côlon droit, en effet, qui succède au cæcum, descend en bas (généralement en dedans, quelquefois en avant de la dernière anse grêle), il se coude à une hauteur variable

dans la fosse iliaque droite et de là remonte en haut et à gauche sur le flanc droit de la colonne vertébrale, pour venir ensuite se continuer transversalement.

Ainsi le côlon droit affecte la forme d'un U ouvert en haut, dont l'extrémité droite formée par le cæcum, vient se placer en dehors de l'extrémité gauche constituée par l'angle droit du côlon — le côlon ascendant qui forme la branche droite de cet U, devient ainsi une sorte de côlon descendant droit.

Telle est la disposition typique que nous avons rencontrée.

Cependant, dans quelques observations prises dans la littérature, les déformations côliques sont moins accentuées, et le cæcum bien que fixé, par son fond sous le foie, descend ainsi que le côlon ascendant qui le prolonge, obliquement vers la gauche, à peine vers le bas, puis se continue presque horizontalement avec le côlon transverse.

Cette variété nous paraît beaucoup plus rare.

Nous pensons qu'il n'y a là qu'une question de degré et que ces cas peuvent rentrer dans le cadre de notre étude.

L'appendice, dans tous les cas, s'implante à sa position normale sur le cæcum; il se trouve au voisinage direct de la face inférieure du foie et peut ainsi suivant sa direction, sa longueur, être en rapport avec la vésicule biliaire, le duodénum et la région pylorique.

La question ainsi posée nous permet d'éliminer :

1° Les appendicites dites sous-hépatiques, évoluant au contact d'un cæcum ectopique, dit en « position haute » — ou « élevée », sous le foie, mais ayant conservé une orientation normale, c'est-à-dire cæcum qui se continue par un côlon court, mais normalement ascendant, et dont le fond, bien que distant de 6 à 8 centimètres de l'arcade fémorale, regarde la fosse iliaque droite.

C'est cette disposition à peu près constante chez le fœtus avant le huitième mois que nous rencontrons parfois chez l'enfant; elle peut donner lieu à une appendicite à évolution haute, mais qui sera avant tout retro-cæco-colique;

2° Nous laisserons également de côté le volvulus du cæcum, dans sa forme chronique, qui, par définition, est caractérisé par une torsion du cæcum, bien que certains auteurs groupent sous cette étiquette toutes les malpositions congénitales du cæcum.

INTERET DE LA QUESTION

L'appendicite sous hépatique, ainsi définie, est certainement de toutes les formes cliniques de l'appendicite, l'une des plus intéressantes.

— La rareté des symptômes de localisation appendiculaire;

— La fréquence, au contraire, des signes d'emprunt;

— Les difficultés du diagnostic et de l'intervention en dehors de tout examen radiologique,

Tels sont, à notre sens, les principaux éléments de l'intérêt que présente cette forme particulière d'inflammation appendiculaire.

HISTORIQUE

L'ectopie sous hépatique de l'appareil cæco-appendiculaire a longtemps attiré seule l'attention des chirurgiens.

L'une des premières observations fut publiée par Glautenay en 1899 qui écrivait à ce sujet :

« L'arrêt de migration du cæcum en position sous hépatique est exceptionnel. M. Delbet, chef de clinique de la Faculté, a montré en 1897, à la Société Anatomique, un exemple de cette anomalie...

L'anomalie anatomique précédente étant tout à fait rare, plus exceptionnelle encore doit être la forme clinique de l'appendicite à laquelle elle peut donner lieu.

De fait, nous n'avons trouvé qu'un seul exemple de cette dernière, mentionné par Jalaguier dans la dernière édition du traité de chirurgie. »

Déjà cependant, Trèves en 1885, Leguen en 1892, étudiant la position du cæcum chez l'enfant, avaient signalé l'existence de cette dystopie.

En 1912, Guido Lerda va plus loin, et au sujet d'une appendicite aiguë développée autour d'un cæcum sous hépatique — mais non renversé — il publie une classification des malpositions cæco-appendiculaires.

Ce n'est que tout à fait récemment, et cela grâce à la pratique beaucoup plus fréquente de l'examen radiologique du tube digestif, qu'on trouve relatés les premiers cas de cæcum inversé ou renversé.

Les auteurs italiens, chirurgiens et radiologues, en ont fait, semble-t-il, les publications initiales.

Buisson : 4 cas en 1931.

Romani : 3 cas en 1933.

Pasqualino, au Congrès National de Chirurgie de 1933, pouvait alors en citer 16 cas étudiés à la clinique de Leotta.

En France, si les cas publiés en sont plus rares, les observations ne manquent cependant pas.

C'est ainsi que le Docteur A. Bergeret eut à opérer, à peu d'intervalle, trois malades, adressés par le Docteur Trémoières avec le diagnostic d'appendicite sous hépatique, par « *cæcum recurvatum* ».

Le Docteur Barbet en cite 3 cas, observés en quelques mois également.

Enfin, disons qu'à la Société des Chirurgiens de Paris, où la question « Appendicite sous hépatique » figura à l'ordre du jour de six séances, de nouvelles observations furent apportées.

(Docteurs Dupuy de Frenelle, Tussau, Muller, etc.).

SYMPTOMES

L'appendicite sous hépatique par « *cæcum recurvatum* » — entité anatomo-pathologique bien définie, n'a pas de symptomatologie clinique caractéristique.

Il s'agit d'une affection extrêmement polymorphe, extrêmement variable dans ses manifestations; on ne peut pas en décrire les symptômes.

Les formes cliniques qu'elle revêt sont elles-mêmes à tel point dissemblables, qu'il serait vain de tenter d'en esquisser un tableau d'ensemble.

Nous ne ferons pas davantage, dans ce chapitre, une étude abstraite de tous les signes de l'appendicite et de l'anomalie qui lui donne son allure particulière, pour arriver à cette conclusion qu'aucun d'eux n'est caractéristique et ne permet de poser un diagnostic de certitude.

Nous essaierons simplement de voir comment dans la pratique ces différents signes se rencontrent et comment ils se groupent suivant certaines formes cliniques.

L'étude de nos observations nous a permis d'envisager 3 types essentiels suivant que prédominent :

Les symptômes hépato-vésiculaires;

Les troubles douloureux de la fosse iliaque droite;

Les signes gastriques.

Nous décrirons donc ces 3 formes en apportant pour chacune d'elles, quelques exemples que nous prendrons, soit

dans la littérature, soit parmi les observations que nous avons recueillies.

FORMES HEPATO-VESICULAIRES

Deux formes peuvent être décrites :

1° Une forme simulant la cholécystique chronique;

2° Une forme cholémique.

La première n'est pas rare; il s'agit de malades dont l'histoire assez peu expressive, peut se résumer avec les symptômes suivants :

Amaigrissement plus ou moins important, constipation habituelle.

Etat d'endolorissement de la moitié droite de l'abdomen, accompagné quelquefois de troubles de dyspepsie gastrique : brûlures épigastriques tardives, ou simplement « digestions pénibles ».

Parfois, petites crises douloureuse subfébriles qui n'inquiètent pas toujours le malade.

L'examen clinique est lors pratiqué : la fosse iliaque droite est souple et indolore, par contre dans l'hypocondre droit, au cours des manœuvres d'exploration de la vésicule on va trouver une douleur maxima dans la région vésiculaire.

On pense évidemment à une cholécystite et ce n'est qu'à l'écran que le diagnostic sera rectifié.

De cette forme, voici deux exemples :

OBSERVATION N° 1

D^r TREMOLIERES

Monsieur CH., 28 ans.

Monsieur Ch..., 28 ans, vient consulter en janvier 1936, parce que depuis un an environ il ressent : par périodes irrégulières, des brûlures gastriques, au réveil, calmées par le petit déjeuner, reprenant vers 10 h. 30-11 heures violentes et tenaces, calmées par le déjeuner, reprenant vers 16 h. 30-17 heures, calmées par le dîner, remplacées la nuit par une gêne en décubitus qui persiste même dans les périodes de calme, moindres le dimanche. Ni nausées ni vomissements. Bon appétit. Amaigrissement de 4 kilos en 3 mois. Grande constipation. Pas d'hémorroïdes.

Examen. — Poumons : 0. Cœur : 0. Tension art. : 18/12, 5. Foie ptosé. Légère sensibilité vésiculaire. S. de Murphy.

Abdomen souple. Côlons indolents.

Radio. — En résumé : Ptose. Constipation. Cholécystique. Tr. Gastr. Réflexes.

Examen radiologique du tube digestif

9-1-36

D^r JOULIA

Résumé

Estomac. — Tonique-Bas fond au niveau de la ligne biliaire.

Pas de liquide de stase, ni d'hypersécrétion.

Mobile spontanément et passivement. Indolore au palper.

Aérogastrie par aérophagie.

Sensibilité solaire : nulle.

Sensibilité biliaire : nulle.

Sensibilité douloureuse au niveau du carrefour P. D. H., avec point maximum sus ombilical.

Péristaltisme. — Plutôt ralenti.

Transit duodéal. — Irrégulier, réaction de péri-duodénite, avec récurrence de D. 2.

Point vatérien : indolore. Evacuation en 3 heures.

Traversée du grêle. — En 6 heures.

Cæcum. — Recurvatum, avec appendice sous hépatique.

Cæcum, angle hépatique et coudure du transverse réunis en un faisceau avec adhérences colo-épiploïques et aux organes du carrefour P. D. H. Sensibilité douloureuse appendiculaire en position horizontale, avec acuité moindre en position verticale.

Stase à la 33^e heure. (Stase T. D.).

Diagnostic. — Péri-typhlo-colite d'origine appendic. Appendicite sous hépatique et cæcum recurvatum. Periduoden. Tr. gastr. consécutifs.

Traitement. — Médical (Sol. de Bourget, etc.).

19-2-36

Va mieux : Doul. a G. de l'ombilic disparue, constipation supprimée. Mais il y a 8 jours, douleur vive à l'endroit où la radio a montré l'app. puis doul. gastr. (spasmes gastr. réfl.).

Adressée au D^r Bergeret pour intervention.

Intervention le 26-2-1936

D^r A. BERGERET

Protoxyde.

Incision médiane para-ombilicale.

Le cæcum et le côlon droit se trouvent en position anor-

male sous le foie. Dans la fosse il. dr. se trouve la dernière anse grêle qui sur une longueur de 20 à 25 cm. est fixée à la paroi postérieure de la fosse il. dr. et de la fosse lombaire. Elle aboutit au bord du cæcum où se fait son implantation habituelle. Ce bord regarde en dehors, à droite. Le fond du cæcum se trouve fixé sous la face inférieure du lobe droit du foie par une disposition ligamentaire analogue à celle qui fixe d'ordinaire l'angle droit du côlon.

Le côlon droit qui succède au cæcum descend en bas et en dedans de la dernière anse grêle, il fait un coude à la hauteur du détroit supérieur et remonte à partir de ce moment en haut et en dedans pour venir se continuer transversalement avec le côlon transversal.

Les 2 branches de l'U ainsi formé sont réunies par des adhérences épiploïques qui au delà se prolongent jusque sous le foie.

L'appendice s'implante en sa position normale sur le cæcum. Il se trouve ainsi situé directement sous la face inférieure du foie; il est pris dans des adhérences épiploïques particulièrement serrées à 2 cm. de sa base et se trouve coudé à ce niveau.

J'enlève l'appendice, enfouis sa base d'implantation, libère le côlon droit, le cæcum, la fin de l'iléon, repéritonise la fosse iliaque droite et remplace tous ces organes en position normale.

Fermeture en 3 plans. Drain.

Suites des plus simples.

OBSERVATION N° 2

Madame Te..., 43 ans, infirmière. — *Août 1935.* — Première crise douloureuse dans la fosse iliaque droite; crise légère, sans fièvre, sans vomissement. Pas de constipation.

8 octobre 1935. — Deuxième crise douloureuse dans la fosse iliaque droite qui a duré 3 jours. Température : 38°5. La malade a continué son travail.

10 octobre. — *Examen du Dr Bergeret* : Douleur sous-hépatique de type vésiculaire nette. (Cholécystite probable.)

16 octobre. — *Examen radiographique* (après lavement opaque). — Bon remplissage. Parois normales. Cæcum retourné, sous-hépatique un peu douloureux à la palpation.

Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une appendicite sous-hépatique avec cholécystite possible.

Examen radiographique (après Foriod). — Vésicule bi-

liaire faiblement teintée, un peu douloureuse à la pression, sans tache d'aspect calculeux; le point douloureux est en réalité sous-hépatique et peut correspondre aussi bien à l'appendice sous-hépatique qu'à la vésicule.

29 octobre. — *Intervention du Dr Bergeret.* — Protoxyde. Incision sus et para-ombilicale.

Le côlon droit est coudé en U de telle sorte que le cæcum vient se placer en dehors de l'angle droit du côlon et que l'appendice vient se situer au-dessus de cet angle droit. Les deux branches de l'U ainsi formé par le côlon ascendant sont intimement accolées, le fond du cæcum et l'appendice adhèrent à l'angle droit du côlon, mais l'ensemble est parfaitement mobile et n'adhère en aucun point à la face inférieure du foie. L'appendice présente des traces d'inflammation récente, la vésicule est normale et saine. J'enlève l'appendice, libère le cæcum de l'angle droit du côlon, sépare les deux branches de l'U du côlon ascendant et repose le cæcum en position normale. Fermeture en 3 plans sur un drain.

30 décembre 1935. — *Examen radiographique* (après lav. opaque). — Le cæcum occupe une position normale.

1^{er} mars 1936. — Crise douloureuse (épigastre, hypocondre droit, région lombaire). Vomissements. Soulagement par la chaleur. Constipation depuis l'intervention.

A l'examen : Douleur diffuse à la palpation de l'hypocondre et de la fosse iliaque droits.

5 mars 1936. — *Nouvel examen radiographique* (après préparation habituelle). — La comparaison des radiographies faites avant l'intervention et celle d'aujourd'hui montre que l'anomalie ne s'est pas reconstituée en ce sens, que la forme en U qu'affectait le côlon ascendant n'a pas reparu, telle qu'on la voyait; mais il persiste une sorte de pelotonnement du côlon ascendant et le cæcum occupe de ce fait une position intermédiaire à sa place normale et à celle qu'il occupait avant l'intervention.

Après ce syndrome de sub-occlusion (douleurs, vomissements, constipation) causé par la coudure du côlon, une nouvelle intervention est envisagée : *iléo-transversotomie*.

La forme cholémique mérite également notre attention. Les malades qui appartiennent à ce type sont avant tout caractérisés : par ce teint terreux de la cholémie familiale, par les crises fréquentes de subictère, par une constipation particulièrement opiniâtre, par un état nauséux

matutinal, de la somnolence post-prandiale, des troubles psychiques divers.

A l'examen, le foie plus ou moins gros dépasse le rebord costal.

Cette hypertrophie du foie, d'après Chiray et Lebègue, est due à une « congestion hépatique active », en rapport vraisemblablement ici avec la stase colique droite.

Les traitements médicaux, les cures hydrominérales restent sans effet; le malade continue à souffrir, jusqu'au jour où, à la suite d'un examen radiologique, ou bien d'une crise douloureuse qui en impose pour une appendicite classique, la parole est donnée au bistouri qui amène la guérison.

Nous relaterons à ce sujet le cas suivant, absolument typique.

OBSERVATION N° 3

Dr M. TUSSAU, de Lyon.

Séance de la Société des Chirurgiens du 15 octobre 1926

Mademoiselle Dem..., 19 ans, dix ans de troubles gastro-intestinaux.

Jeune fille d'allure prébacillaire, filiforme à peau jaunâtre de dyshépatique.

Poussées fréquentes de subictère.

Longtemps traitée pour gastro-entérite et cholémie familiale.

Constipation habituelle attaquée par laxatifs et purgatifs variés, mais très rarement par des *lavements qui provoquent le plus souvent de violentes douleurs dans la région sous-hépatique.*

La malade m'est adressée pour appendicectomie à froid, enfin acceptée à la suite de 2 ou 3 crises répétées, d'allure absolument classique, avec vomissements, point douloureux au Mac Burney sans irradiations.

Opération. — Anesthésie générale par somnifénisation.

Incision un peu au-dessous du Mac Burney, à la façon de Gosset. Dans la fosse iliaque, pas de côlon. Il n'y a que du grêle dépoli, légèrement épaissi, rougeâtre.

Nous fouillons dans tous les sens. Puis nous devons sabler la paroi jusqu'au voisinage du bord costal pour trouver un côlon haut perché, plaqué, immobilisé, par des adhérences épaisses contre le péritoine postérieur; alors que l'appendice, recouvert en partie par les brides, sténosé en deux endroits, long et grêle, hyperémié, induré, vient

par sa pointe renflée, au contact d'une vésicule biliaire allongée, ptosée, dont il n'est séparé que par un épais pannus épiploïque.

(Le schéma annexé à l'observation montre un cæcum vertical, nettement renversé, dont le fond est au voisinage de la vésicule.)

L'abaissement du cæcum ne peut être effectué.

Aucune coudure d'ailleurs ne vient commander une libération laborieuse au milieu des adhérences épaissies.

Goménolisation. Drainage.

Suites banales. Guérison.

La malade, revue trois mois après, a pris 2 kilos.

Aucun petit signe de dyshépatisme. Elle a perdu son teint olivâtre et ne souffre plus. La constipation est insignifiante, s'effaçant devant les lavements qui ne déclanchent plus de crises douloureuses sous-hépatiques.

L'auteur signale, par ailleurs, l'importance pour le diagnostic, de ces crises douloureuses sous-hépatiques, produites par le lavement (qui, certes, n'est pas à recommander), mais qu'il a déjà vu se traduire par le même effet dans d'autres cas semblables.

Il serait intéressant, comme le note encore cet auteur, d'apprécier dans ces cas la valeur du signe de Rovsing, qui consiste à provoquer à distance la douleur cæco-appendiculaire. On le recherche, en refoulant progressivement les gaz coliques par glissement de la main, fortement appuyée, d'abord de bas en haut sur le trajet du côlon descendant, puis de gauche à droite le long du côlon transverse.

Ce signe, en dehors de son intérêt pour localiser l'appareil cæco-appendiculaire, peut encore avoir un autre avantage : celui de faciliter l'examen des sujets timorés, chez lesquels l'appréhension provoque toujours un certain degré de contracture abdominale au cours de la palpation d'une région spontanément douloureuse.

Nous allons donner une autre observation de cette forme.

OBSERVATION N° 4

Citée par Ed. ANTOINE et Th. de MARTEL.

Les appendicites chroniques.

Monsieur Of..., 53 ans, souffre de l'intestin depuis l'enfance, avec, dans le cours de sa vie, des troubles hépatiques, un ictère, des phases de psychasténie.

Depuis douze ans, il se plaint surtout du ventre, à droite,

avec nausées, langue sale, constipation, asthénie, amaigrissement.

A l'examen, on trouve la région sous-hépatique droite très douloureuse, la langue sale, les yeux jaunes.

Examen radiologique. — Cæcum inversé en position sous-hépatique coiffé par l'appendice qui est douloureux. Le malade refuse l'opération.

Enfin, le cas est tout aussi complexe, lorsque coexistent avec le cæcum renversé, une cholécystite calculeuse. Bien que l'appendice ne soit pas ici en cause, nous en donnerons deux exemples, dont l'un d'eux nous servira au moment de la discussion pathogénique de l'anomalie.

OBSERVATION N° 5

Madame Le..., âgée de 55 ans, troubles gastro-intestinaux anciens, avec crises douloureuses paroxystiques de l'hypochondre droit, par périodes.

Examen radiologique. — Lithiasé vésiculaire. Cæcum récurvatum.

Intervention : 14 novembre 1935.

Dr A. BERGERET.

Hydrocholécyste, résultant du blocage du bassinet par un calcul.

Déformation de la vésicule.

Trois calculs (dont un bloquant le cystique).

Vice de position du cæcum qui vient coiffer l'angle droit du côlon. Le côlon dessinant un U dont la branche externe se termine par le cæcum.

L'appendice transversalement dirigé est au-dessus du côlon transverse. Sa pointe arrive presque jusqu'à la ligne médiane.

Ablation de la vésicule et de l'appendice.

Reposition du cæcum.

(Examen histologique de la vésicule. Laboratoire du Dr Fiessinger. Lésion de cholécystite chronique, 26 nov. 1935.)

OBSERVATION N° 6

A. ROMANI,

Chirurgien de l'Hôpital Civil de Legnano.

Madame G... Gentile, 30 ans, de Castagnaro, ménagère, entre à l'hôpital le 18 décembre 1933. Père mort de maladie de cœur, mère vivante et saine. Chez les collaté-

raux, trois frères et une sœur sont vivants et sains. Rien dans l'anamnèse personnelle éloignée; est mariée depuis six ans et a un fils de 4 ans, vivant et sain.

Les troubles inhérents à l'affection actuelle remontent à presque une année, époque à laquelle la malade commença à signaler une sensation de *pesanteur à l'épigastre après les repas et une digestion laborieuse*. Quelquefois, des douleurs circulaires dans l'hypocondre droit. Dans ces derniers mois, les troubles se sont accentués de telle façon qu'ils ont pris quelquefois les *caractères de coliques avec des irradiations à l'épaule droite*. Il n'a jamais noté d'ictère.

Examen. — Abdomen : Ne présente rien de particulier à l'inspection. La palpation est indolore partout, sauf dans l'hypocondre droit, où la pression exercée sous le rebord costal, au point cystique, est douloureuse.

Examen radiologique (le 2 décembre 1933, Dr Perbellini). — Administration du repas opaque. Estomac normal avec contours réguliers. Rien à la charge du bulbe duodénal et du duodénum. Evacuation gastrique en trois heures. L'intestin grêle normal, cæcum déplacé sous-hépatique; l'appendice est invisible.

Cholécystographie après injection endoveineuse de tétraiodophénolphtaléine : deux ombres de calculs sont visibles.

Diagnostic radiologique. — Lithiase vésiculaire. Cæcum inversé. On prépare la malade à l'opération.

Opération (20 décembre 1933). — Rachianesthésie. Laparatomie pararectale droite. A l'ouverture de l'abdomen, le cæcum apparaît immédiatement visible, libre d'adhérences dans la loge sous-hépatique tout près de la vésicule. Il se continue avec l'ascendant dirigé tout d'abord vers le bas et ensuite moyennement vers le haut et vers la gauche. Il n'y a pas d'adhérences. L'appendice aussi inséré sur le côté postérieur du cæcum, qui est très mobile, ne présente pas de marques évidentes d'inflammation; toutefois, on juge utile de l'enlever après avoir procédé à l'ablation de la vésicule qui contient deux calculs et qui est libre aussi d'adhérences.

Fermeture en trois plans. Suites normales.

La malade quitte l'hôpital deux semaines après l'opération.

Revue après un mois et après six mois encore, elle dit

se sentir complètement libérée de ses troubles.

LA FORME, APPENDICITE CLASSIQUE

L'histoire de ces malades est simple; ils viennent consulter pour des troubles douloureux de la fosse iliaque droite, de caractère et d'intensité variables.

Chez certains, cette douleur d'apparition récente est persistante; il s'agit d'un endolorissement de la région.

Chez d'autres, c'est une douleur vraie, qui revient invariablement soit après l'absorption d'un aliment toujours le même, soit à la suite d'un effort physique prolongé (travail debout, promenade à bicyclette, etc.).

On note toujours chez ces malades une constipation invincible, dont les caractères sont parfois modifiés par l'adjonction à l'appendicite de colite muco-membraneuse (observation n° 7).

Un autre symptôme attire l'attention : c'est la tendance aux vomissements ou, à un degré moindre, l'état nauséux.

Telle est, avec quelquefois une ou plusieurs crises aiguës surajoutées, l'allure habituelle de cette forme qui fait penser à une appendicite chronique banale.

L'examen clinique va montrer, pour confirmer ce diagnostic, un point douloureux au Mac Burney classique. Le malade, qui assez souvent ne sera pas vu par le radiologue, sera confié au chirurgien. L'intervention pour appendicéctomie se fera suivant la technique habituelle, et ce n'est qu'après incision du péritoine, à travers une ouverture cutanée longue de 5 à 6 centimètres, que vont naître les premières hésitations de l'opérateur : le cæcum n'est pas dans la fosse iliaque droite, il n'y a là que des anses grêles.

C'est ainsi que les choses se sont passées, dans 4 cas sur les 7 que nous citerons.

OBSERVATION N° 7

D^r TREMOLIERES

Madame Be..., 30 ans. — *Antécédents*. — Nulle maladie. Régée à 12 ans. Mariée en 1927. Pas de grossesse. Constipation habituelle, pf. accompagnée de glaires ou de peaux. Souffre pf. du côté droit, pf. de la fosse iliaque droite, souvent des reins (courbatures).

Règles à date normale, 6 à 7 jours, très abondantes, avec caillots et douleurs, surtout au début; pf. Leucorrhée.

Souvent extrémités froides. Frilosité.

Examen. — Poumons : 0. Cœur : 0. Tension articulaire : 11/8.

Point de Mac Burney. Point vésiculaire. Sensibilité un peu en dedans du C. D., qui est spasmé. Foie : 0.

Réfl. t. et p. : vifs.

Utérus en latéro-version g. Col. : normal.

En résumé, chez constipée habituelle, nerveuse, *appendicite chronique* et probablement : *dolichosigmoïde*.

Radio (Dr Joulia), 18 janvier 1936. — Estomac hypotonique, lég. ptosé (— 3). Aérophagie. Doul. solaire. Légère sensibilité du carrefour sup. Spasme pyloro-duodénal entretenu par péri-duodénite localisée, surtout à D. 2 ou angulation.

Cæcum recurvatum avec périviscérite. Tractus transverso-duod. et T. D. Dolichosigmoïde. Stase totale (mais après, une selle spontanée à la 24^e heure et à la 27^e heure).

Diagnostic. — Chez constipée habituelle : *Appendicite chronique sous-hépatique avec cæcum recurvatum et dolichosigmoïde.* Nervosisme. Métrite probable.

Intervention le 26 mars 1936. — Laparatomie médiane ombilicale.

Cæcum recurvatum.

Appendice sous-hépatique.

Bride pré-terminale en V ouvert en haut sur la terminaison du grêle.

Cæcum énorme très variqueux, le fond étant tourné vers le haut et fixé dans cette position par l'appendice, replié sur lui-même et adhérent au péritoine postérieur, très haut, ce qui détermine la crosse du cæcum.

Libération du grêle et de l'appendice.

Péritonisation grêle dénudé.

Double ligature de l'appendice. Ligature du méso.

Appendicectomie. Enfouissement.

Remise en position normale du cæcum par dégagement des adhérences.

Petit kyste ovaire gauche : ponction au bistouri. Ligatures.

Fermeture paroi en 4 plans. Dilatation anale.

OBSERVATION N° 8

Madame P..., âgée de 25 ans, entre le 20 juillet 1936, dans le service du docteur Bergeret pour :

geret pour :

Douleurs dans le flanc droit, apparues il y a un mois environ — sourdes avec quelques paroxysmes par moment.

Constipation habituelle.

Etat nauséux, fréquent, sans vomissement. Gastralgies, migraines.

Pas de fièvre.

Antécédents. — Rien à signaler.

Examen. — La palpation de l'abdomen révèle au niveau du point de Mac-Burney une légère défense pariétale remontant en haut vers la région sous-hépatique, également douloureuse à la pression.

Examen radioscopique. Estomac. — Un peu hypotonique. Forme en J. Le fond descend au niveau des crêtes iliaques. Les parois sont régulières, souples, indolores.

Passage pyloro-duodéal : normal.

Bulle duodéal : normal.

Une heure après l'ingestion : 6 à 7 anses grêles sont remplies. L'évacuation gastrique est un peu lente mais sans dilatation du bas-fond.

24 heures après l'ingestion, la baryte remplit les côlons ascendant, transverse et descendant.

En station debout : le transverse est ptosé en V jusqu'au pubis; le colon droit est renversé, l'angle colique droit est dans le petit bassin et le cæcum est dirigé en haut sous le foie; l'appendice est injecté, dirigé en dedans contre la vésicule biliaire.

En decubitus dorsal : la disposition anormale du cæcum persiste; il remonte ainsi que l'appendice au-dessus de la crête iliaque.

Douleur à la pression au niveau de l'appendice.

Intervention. — 25 juillet (Dr A. Bergeret). Protoxyde.

L'incision médiane para-ombilicale montre que le côlon droit et le cæcum entièrement flottants, présentent une forme et situation anormales.

Ils forment un U dont les 2 branches sont accolées par un voile de péricolite qui les enveloppe.

Le fond du cæcum répond à la face inférieure du foie; le côlon commence par descendre, se coude, puis remonte pour se continuer avec le côlon transverse; la dernière anse iliale libre et non enveloppée d'adhérences remonte en dehors du cæco-côlon pour venir s'aboucher dans le cæcum selon une disposition normale.

L'appendice long est accolé à la face postérieure du cæcum et du côlon, se trouvant enveloppé dans le même sac membraneux que ces organes.

Je l'enlève, libère les 2 branches du côlon droit de leurs adhérences, et d'eux-mêmes ces organes reprennent aussitôt leur position normale. Fermeture en 3 plans.

OBSERVATION N° 9

Rapportée par le Dr BOURGUET
à la Société Anatomique de Paris
(Séance du 1^{er} mars 1934)

Observation résumée

Malade présentant depuis des mois un point douloureux dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Cliniquement on ne constatait que le point douloureux dans la zone de Mac Burney sans défense abdominale.

La radiologie donnait des signes confus et l'examen concluait à une périviscérité sous-hépatique; on opère avec le diagnostic d'appendicite ou de périviscérité.

Intervention. — Dès l'ouverture du péritoine on tombe sur une anse grêle qui disparaît derrière le côlon ascendant auquel elle adhère.

Les bandelettes du côlon sont suivies jusqu'au point présumé de leur confluence; on ne trouve pas l'appendice.

On se reporte à la gouttière pariélo-colique. Là on voit émerger très haut la pointe de l'appendice et on se rend compte au doigt de la situation très haute de l'appendice attiré sous le foie par une bride. On augmente alors l'incision sur les muscles longs et sur le grand oblique, ce qui permet de pratiquer un décollement colo-pariétal, de libérer la bride appendiculaire, de suivre vers le bas la racine de l'appendice qui s'élargit en entonnoir et s'abouche dans un cæcum dont le fond regarde en haut et à droite.

Hémostase du méso, libération des brides qui solidarisent en canon de fusil dans le plan sagittal, le cæcum en rétroposition et le côlon préjacent. On aboutit ainsi à rétablir la position normale du côlon droit.

Appendicectomie et enfouissement du moignon. Fermeture en 3 plans.

OBSERVATION N° 10

Rapportée par le Dr DUPUY DE FRENELLE
à la Société des Chirurgiens de Paris
(Séance du 18 juin 1926)

Jeune homme de 20 ans, qui a fait, il y a un an, une crise fébrile, étiquetée crise hépatique, d'une façon assez vague.

Intervention pour appendicectomie

Incision haute de Jalaguier, verticale, le long du bord externe du grand droit. Le cæcum est fixé horizontalement sous le foie.

L'appendice contourne le fond et le versant supérieur du cæcum, s'insinuant entre le cæcum et la face inférieure du foie, puis entre le col de la vésicule et la première portion du duodénum. L'extrémité terminale de l'appendice se trouve située dans un foyer d'adhérences qui englobent le col de la vésicule et la première portion du duodénum.

Pour dégager cet appendice il a fallu séparer le cæcum de la face inférieure du foie et sculpter en quelque sorte l'appendice dans le tissu hépatique, avec lequel il était fusionné. Il en est résulté une hémorragie qui a menacé la vie du sujet, pendant les premières 24 heures, malgré le tamponnement pratiqué avec une mèche à la fin de l'intervention.

L'auteur ajoute :

Cette opération a été laborieuse à cause de l'incision décrite précédemment. Il est évident que cette opération eût été plus simple et moins périlleuse s'il avait été placé un billot sous les fosses côtes et pratiqué une incursion transversale qui est l'incision d'élection pour agir dans le carrefour sous-hépatique.

OBSERVATION N° 11

Rapportée par le Dr BARBET
à la Société des Chirurgiens de Paris
(21 mai 1936)

Mademoiselle H. M..., 36 ans, entre à Saint-Joseph pour appendicite chronique. Pas de crise aiguë constatée; malaises fréquents; points douloureux au Mac-Burney classique.

Opération (1^{er} mai 1926). — Anesthésie locale, sur sa demande.

Incision de Mac-Burney.

Le cæcum est invisible; en écartant l'épiploon qui se présente le premier, je trouve le sigmoïde que je rejette et je constate que le cæcum n'est pas vers le bassin. Dans la fosse iliaque il n'y a que du grêle.

Je débride vers le haut et en suivant une des anses, la plus externe, je remonte peu à peu jusque sous le rebord costal.

Ce n'est que là que j'arrive au cæcum : horizontal, fixé solidement au péritoine postérieur, et c'est dans ces adhérences, derrière lui, que je trouve un appendice pelotonné contenant des débris fécaux et présentant des lésions manifestes.

Le cæcum se continue à gauche, presque transversalement avec le côlon.

La partie qui ne porte pas d'épiploon est très courte et le côlon transverse proprement dit descend à peine vers la ligne médiane.

La libération nécessitée par l'appendicectomie permet d'abaisser un peu le cæcum dans la direction de la fosse iliaque; je ne vois d'ailleurs aucune nécessité d'insister dans ce but.

Réparation totale de la brèche.

Cicatrisation per primam.

OBSERVATION N° 12

(Du même auteur)

Monsieur H. B..., 19 ans. Elle est exactement superposable à l'observation n° 11.

Opération le 4 mai 1926.

Anesthésie à l'éther.

Même technique.

L'iléon est ici encore verticalement ascendant, adhérent de la fosse iliaque à la région sous-hépatique, fixé à la paroi postérieure. Il était d'ailleurs un peu rouge avec des parois épaissies légèrement.

Après avoir dégagé et réséqué l'appendice rétrocæcal, j'ai libéré prudemment iléon et mésentère de la paroi postérieure, ce qui m'a permis de descendre un peu le cæcum et de laisser l'iléon flottant.

OBSERVATION N° 13

(Du même auteur)

Madame D..., 32 ans, troubles gastro-intestinaux datant de plusieurs années, sans crise fébrile aiguë. Son médecin qui la suit depuis plusieurs mois, pense à une appendicite.

Une seule chose me paraît anormale : le point douloureux nettement localisé se trouve à deux ou trois travers de doigt au-dessus et en dedans du Mac-Burney. Malgré l'absence de tout symptôme duodénal et pour mieux localiser, j'envoie la malade au radiologue.

Examen radiologique (Dr Gilson). — Estomac. Duodenum : normaux.

Le côlon, à partir du transverse, descend sur le flanc droit de la colonne jusque dans la fosse iliaque, se coude là à angle aigu et remonte ensuite jusqu'au contact du foie où se trouve le cæcum.

Les deux parties descendante et ascendante sont largement accolées, mais on les sépare facilement sous l'écran.

Par contre la partie ascendante et le cæcum sont beaucoup plus fixés que la partie descendante.

Opération (10 juin 1925). — Anesthésie à l'éther.

Incision paramédiane verticale près du bord du grand droit, mais à travers lui.

Le côlon se trouve exactement comme le montrait la radiographie et derrière le cæcum sous-hépatique, l'appendice, que j'enlève. L'iléon resté libre, monte derrière l'anse colique qui adhère assez étroitement, ainsi que le cæcum à la paroi postérieure, surtout par son bord externe.

Après avoir détruit ces adhérences qui forment à plusieurs hauteurs de véritables brides, je peux descendre le cæcum dans la fosse iliaque, et inversant le côlon, le replacer dans sa position normale de côlon ascendant. Du même coup, l'iléon reprend sa place; l'angle aigu formé par l'anse colique s'est ouvert et devient angle sous-hépatique.

Suites parfaitement normales.

La malade, revue un an après, n'a plus ses malaises, a engraisé et se porte parfaitement bien.

A la suite de ces observations nous dirons quelques mots de la douleur provoquée au point de Mac Burney et de l'importance qu'il y a lieu de lui donner en tant que signe de localisation.

Liertz, Garan, Lyars, après des recherches faites sur le cadavre au moyen d'aiguilles ont montré que le point de Mac-Burney — situé par son auteur sur la ligne spino-ombilicale entre 3 et 5 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure, correspond, lorsque le cæcum est en position normale, à un point situé sur le bord interne du côlon ascendant, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la base de l'appendice.

La douleur n'est donc pas toujours provoquée par la pression de l'organe malade et c'est bien ce que confirme nos observations puisqu'il s'agit d'appendice situé sous le foie. Il faudrait alors prêter à cette douleur, comme certains auteurs le supposent, un caractère métamérique et envisager le point de Mac-Burney comme le territoire cutané du segment médullaire, auquel aboutissent les nerfs afférents de l'appendice.

Citons ces lignes de Head, qui a défendu cette théorie :

« Lorsqu'un viscère abdominal est atteint la douleur irradie dans tous les nerfs de la vie de relation procédant du segment médullaire auquel aboutissent par l'intermédiaire des ganglions les filets sympathiques de ce viscère, les segments médullaires servant de centre de réflexion entre les territoires sympathiques dépourvus de sensibilité douloureuse et les territoires des nerfs spinaux, etc... ».

Pour conclure, sur la valeur de ce point douloureux, qu'il s'agisse du Mac-Burney ou de tous les autres décrits par la suite (Lanz, Munro, Morris, etc.), nous dirons avec de Martel et Antoine, que « rien n'est moins pathognomonique que la douleur subjective ou objective au niveau de la fosse iliaque droite, et considérée à l'état isolé. »

FORME GASTRALGIQUE

L'existence de réactions gastro-pyloro-duodénales, qui prédominent chez certains malades, n'est pas pour nous étonner, quand nous savons que l'appendice en cause peut se trouver au contact du duodénum, du pylore et déterminer ainsi des lésions de périviscérite au voisinage de ces organes.

La symptomatologie le plus souvent est celle d'un syndrome hyperchlorhydrique : douleurs épigastriques tardives, souvent à type de brûlures, accompagnées d'éruptions acides calmées parfois par l'ingestion d'aliments ou de substances alcalines.

Vomissements, soit à jeun soit après les repas

Tous ces troubles évoluent par périodes séparées par des phases d'accalmie plus ou moins complète.

Encore une fois, l'examen radiologique du tube digestif demandé pour mettre en évidence un ulcère du pylore et du duodénum va révéler le vice de position du cæcum, qui donne à ces appendicites une expression clinique si particulière.

Nous ne pouvons donner une meilleure idée de cette forme qu'en citant les trois observations suivantes, qui montrent bien par ailleurs tout le bénéfice que de tels malades peuvent tirer de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 14

Citée par Ed. ANTOINE et Th. de MARTEL

Princesse de T..., 26 ans, comme symptômes prédominaient chez cette malade un amaigrissement ancien et rebelle, une asthénie constante, des troubles dyspeptiques tant *gastriques* (aigreurs, acidité, hyperchlorhydrie et fringales avec défaillances) qu'*intestinaux* (constipation et crises de diarrhée).

Syndrôme entéro-génital, métrites à entérocoques.

Rayons X. — Stase barytée, sans déformation du pylore. Aérophagie. Evacuations normales.

Cæcum en position sous-hépatique, complètement inversé et douloureux de la région appendiculaire haut située.

Opération. — Incision haute, le cæcum est inversé sous-hépatique.

L'appendice apparaît oblique en haut et en dedans, la pointe dirigée vers le duodénum et la région pylorique, adhérent et perdu sous des voiles membraneux. Grandes difficultés pour l'enlever.

Suites opératoires. — A la suite de cette appendicectomie, la malade a repris du poids, les troubles de dyspepsie gastrique ont disparu; mais la constipation a persisté (coudure du côlon par suite du cæcum inversé).

OBSERVATION N° 15

Rapportée par le Dr A. ROMANI,
Chirurgien de l'hôpital civil de Lagnano

G... Ida, 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 21 avril 1930. Anamnèse familiale négative. Anamnèse personnelle négative (ancienne). Les troubles pour lesquels la malade

a recours à nous remontent à trois ans. À cette époque, elle commença à avoir des *douleurs à l'épigastre* qui se manifestaient généralement *loin des repas*, l'appétit était faible et elle se sentait mieux après l'absorption d'aliments. Il y a un an, elle commença à remarquer une profonde asthénie accompagnée de légères augmentations thermiques.

Les douleurs à l'épigastre qui survenaient par périodes s'associaient quelquefois à des *vomissements*, même à jeun, et dans ce cas, la malade émettait un *liquide jaune verdâtre* et amer. Pendant ces derniers mois, les douleurs se localisèrent à l'abdomen droit pour se diffuser ensuite dans toute la cavité et elles prirent aussi des signes de coliques d'une durée de quelques heures. Il n'y eut jamais d'ictère.

Tendance à la constipation.

Traitement médical, sans résultat.

Examen. — Abdomen : de forme et volume normaux; il n'offre rien à l'inspection. À la palpation, on trouve une douleur très vive de l'hypochondre droit et une défense importante de la paroi. On palpe le pôle inférieur du rein droit, mobile et indolent.

La fosse iliaque droite est également douloureuse.

Examen radiologique (Dr Lenarduzzi). — La cholécystographie pratiquée après avoir donné à la malade du tetradiophénolphtaléine per os le soir précédent, n'a pas montré de vésicule injectée. On donne le repas opaque et on observe que l'estomac a des contours réguliers : l'évacuation s'effectue en deux heures et demie. Le duodénum présente une courbure de la seconde portion; rien à la charge de l'intestin grêle. Le cæcum est renversé avec le fond dirigé vers le haut et le baryum y séjourne longtemps. L'appendice est entièrement injecté, douloureux à la pression, sous-hépatique.

Conclusion radiologique. — Périduodénite, péricholécyste, cæcum renversé, appendicite chronique sous-hépatique.

On prépare la malade à l'opération.

Opération (6 mai 1930). — Anesthésie générale. Laparotomie sous et sus-ombilicale. À l'ouverture de l'abdomen, on voit immédiatement l'appendice, long, grossi, congestionné, dirigé vers le haut, et adhérent par la pointe au fond de la vésicule. On se rend immédiatement compte qu'il est inséré sur un cæcum complètement renversé et recouvert d'épaisses membranes péricoliques qui l'unissent à

l'ascendant en canons de fusils. La vésicule biliaire présente elle aussi des adhérences importantes à la deuxième portion du duodénum.

On ne sent pas de calculs. On procède à la libération des adhérences cholécystoduodénales et cholécystoappendiculaires. On enlève l'appendice; on sectionne les membranes péricoliques qui tiennent attaché le fond du cæcum à la paroi externe de l'ascendant, et on réussit de cette façon à mobiliser entièrement le cæcum; on repose ensuite le tout dans la cavité en position physiologique. Cæcum et ascendant présentent tous les deux un méso long, ce qui leur permet d'être très mobiles. On juge utile toutefois de ne pas procéder à la caecopexie.

Fermeture en trois plans.

La malade sort le 14^e jour de l'hôpital entièrement guérie. Revue après 6 mois, elle nous a affirmé ne plus avoir eu de troubles et son état était florissant.

OBSERVATION N° 16

Rapportée par l'auteur précédent

V... Hugo, de Legnano, employé, entre à l'hôpital le 17 mai 1933.

Il signale depuis deux ans des *troubles gastriques* qui se manifestent avec une sensation de *brûlure et d'acidité à jeun qui souvent se calme en absorbant des aliments*, quelquefois au contraire, le repas lui donne une sensation de pesanteur et provoque également des *vomissements*.

Il a eu de petites périodes de bien-être relatif à la suite desquelles la reprise des troubles est régulière. Dans ces derniers temps, ces troubles se sont accentués et il est entré à l'hôpital, n'ayant pas obtenu de résultat avec les différents traitements médicaux suivies.

Examen. — Abdomen : à la palpation, une douleur diffuse, particulièrement forte au niveau de l'hypochondre droit et dans la région de l'épigastre : il n'y a aucun doute, elle est exagérée par l'hypersensibilité du malade.

Examen radiologique (Dr Perbellini). — Après administration de repas opaques, l'estomac est de forme normale avec des contours nets. Le bulbe duodénal est petit : il ne présente pas de signes d'ulcère. La deuxième et la troisième portions présentent une disposition renversée. L'évacuation gastrique se fait en 2 heures 3/4. L'intestin grêle est normal. La dernière boucle emboîte le cæcum, qui se trouve renversé dans la loge sous-hépatique. Le baryum reste

longtemps. L'appendice est injecté irrégulièrement et le malade signale une douleur particulièrement vive à la pression.

Diagnostic radiologique. — Cæcum renversé, appendicite sous-hépatique.

On prépare le malade pour l'opération.

Opération (24 avril 1933). — Rachianesthésie. Incision pararectale droite sus, et, en partie aussi, sous-ombilicale.

L'abdomen étant ouvert, on aperçoit le cæcum dans la loge sous-hépatique avec l'appendice, gros, tortueux, enflammé. Il est collé en canons de fusil avec l'ascendant qui dessine une courbe ouverte vers le haut avant de continuer avec le transverse. Cet accollement est dû à d'épaisses membranes péricoliques. Tout le segment cæcocolique est anormalement mobile. Rien à signaler pour la vésicule biliaire et pour la première portion du duodénum qui, après un bref trajet de descente, se continue vers le haut, en arrière, et se perd vers la gauche suivant un trajet nettement anormal. On procède à l'appendicectomie. On sectionne les membranes péricæcales et péricoliques et on replace le cæcum dans la cavité iliaque. On ferme en trois plans.

Le malade quitte l'hôpital 14 jours après l'opération.

Revu après un mois, et tout dernièrement encore, son état est bien amélioré; il a toujours cependant quelques douleurs du côté droit de l'abdomen, que l'on attribue à des adhérences et qui ne donnent pas de troubles importants.

L'estomac ne l'a plus gêné et les fonctions intestinales sont normales.

Disons maintenant un mot des formes aiguës, imposant l'intervention d'urgence.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'exemples de cette forme, qui répondent exactement à la définition que nous avons donnée de l'affection. Cependant, il est permis de supposer que la mise à l'étroit de l'appendice dans la loge hipato-cæcale puisse le prédisposer aux coudures et par suite aux troubles circulatoires, aux accidents de rétention, qui peuvent être l'origine de lésions inflammatoires aiguës.

Nous reproduisons, toutefois, deux cas d'appendicite sous-hépatiques aiguës, avec cæcum en situation anormale, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agisse de cæcum renversé — les précisions anatomiques données par les auteurs

étant trop vagues (cæcum situé à un niveau très élevé dans un cas; cæcum sous le foie dans l'autre). Ils ne manquent cependant pas d'intérêt et ils rendent bien compte des difficultés opératoires que peuvent présenter de tels cas.

OBSERVATION N° 17

Dr P. MULLER (de Belfort)

Un malade âgé de 25 ans fut amené à notre clinique vers midi, présentant une crise violente d'appendicite ayant débuté le matin même, après que le malade eût absorbé son petit déjeuner.

Nous l'opérâmes immédiatement.

Opération. — Incision de Jalaguier; le péritoine ouvert, nous trouvons, se présentant à nous, une portion de gros intestin que nous reconnaissons être le côlon sigmoïde.

Avec des compresses, nous refoulons ce dernier vers la gauche et nous ne voyons plus que des anses grêles. Nous réclinons méthodiquement vers la gauche la masse de celles-ci en dégagant bien la fosse iliaque droite, mais nous ne trouvons aucune portion de gros intestin. Nous agrandissons notre incision vers le haut et nous répétons les mêmes manœuvres avec le même insuccès : le cæcum ne se présente pas.

Nous pratiquons alors une laparotomie médiane sous-ombilicale, ombilico-sus-pubienne. Comme précédemment, le côlon sigmoïde se présente à nous et nous recherchons en vain le cæcum dans la fosse iliaque droite par réclinaison des anses grêles. Nous essayons d'atteindre l'angle droit du côlon, mais sans succès : nous ne trouvons que des anses grêles.

Nous « dévidons » alors l'intestin grêle et finissons par découvrir le cæcum très profondément situé, et à un niveau très élevé; appliqué contre la paroi abdominale postérieure, à peu de distance de la colonne vertébrale, du côté droit.

Nous trouvons un appendice volumineux, complètement gangrené, auquel s'accôle l'épiploon. Enfouissement du moignon appendiculaire. Drainage par l'incision de Jalaguier. Fermeture du péritoine au catgut et de la paroi au crino Larochette avec quelques crins cutanés.

Dans la suite, suppuration abondante par le drain, et, après l'ablation des fils, désunion des plaies. Guérison complète deux mois après l'intervention. Le malade quitte la

clinique et une semaine après il élimine par sa cicatrice latérale un volumineux ascaris lombricoïde.

OBSERVATION N° 18

Dr P. BARBET

Monsieur H. L..., 24 ans, entre d'urgence à la clinique, le 6 octobre, pour appendicite.

Il a eu depuis 4 ans des troubles vagues qu'il croyait d'origine rénale.

Depuis quinze jours, il souffre davantage dans le flanc et l'hypocondre droits, mais a continué à travailler.

Hier, douleurs violentes, vomissements, fièvre; il a 39°2 à son arrivée.

Examen. — Je lui trouve un plastron large d'une paume de main, situé très haut sous le rebord costal, mais en dehors de la région vésiculaire, et ne s'étendant pas vers la fosse lombaire. Contracture de l'abdomen à droite; vive douleur.

Je pense à une appendicite sous-hépatique et j'opère.

Intervention. — « Incision genre Mac Burney, mais très haute, au niveau du plastron. Je la complète secondairement, par un débridement ascendant.

Après avoir protégé le péritoine libre, je constate que le côlon ascendant descend jusqu'à la fosse iliaque, s'y coude pour remonter en dehors de cette portion descendante.

Là il devient extrêmement adhérent à la paroi dont je le décolle très péniblement pour arriver jusqu'au cæcum. Derrière celui-ci, sous le foie, j'ouvre un gros abcès et dans la partie toute supérieure de l'abcès, je dégage l'appendice, gangréné, perforé, dont la pointe remonte encore verticalement au contact du lobe hépatique droit.

Comme dans un autre cas (observation n° 12), l'iléon passait derrière le coude colique inférieur, pour se glisser ascendant jusqu'au cæcum entre le côlon et la paroi.

Ablation de l'appendice; drainage.

Suites très simples, cicatrisation en un mois. »

Nous terminerons ce chapitre par une observation de « cæcum recurvatum » chez un malade opéré d'appendicite chronique, dix ans auparavant. Il eût été intéressant de connaître la position du cæcum au moment de cette première intervention; malheureusement, il ne nous a pas été possible d'en retrouver le compte rendu opératoire.

OBSERVATION N° 19

Dr TREMOLIERES

Monsieur de la Gr..., âgé de 29 ans, vient consulter le 4 juin 1926 parce qu'il souffre depuis longtemps de l'hypochondre droit, en particulier depuis huit jours.

Douleur sans irradiation.

Diminution de l'appétit.

Tendance à la constipation.

Antécédents. — Typhlite (?) à l'âge de 7 ans. Appendicectomie à froid à 19 ans (Dr Nové-Josserand).

Examen. — Le point douloureux, ressenti par le malade, est non pas vésiculaire, mais angulo-colique.

Vésicule biliaire : peu douloureuse à la manœuvre de Murphy.

Côlon cæco-ascendant : spasmé et sensible.

Subictère. Pouls à 65. Urines foncées.

Examen radiologique (Dr Joulia). — Estomac : normal. Evacuation en trois heures.

Cæcum : retourné en dehors, avec adhérences cæco-ascendantes.

Périviscérité du carrefour supérieur avec adhérences fixant l'angle droit du côlon aux organes du carrefour supérieur.

Vésicule biliaire : douloureuse.

Stase totale à la 33^e heure.

En résumé : cæcum récurvatum périviscérite du carrefour supérieur. Cholécystite secondaire.

Le malade refuse l'intervention.

Revu le 27 juillet 1936. Le tableau clinique est à peu près identique.

Un nouvel examen radioscopique du tube digestif, pratiqué alors, montre toujours l'anomalie de position du cæcum et les lésions de périviscérite associées : adhérences allant de l'angle sous-hépatique du côlon à la vésicule et à la deuxième portion du duodénum, et adhérences péri-cæcales.

A noter par ailleurs un certain ralentissement du transit pyloro-duodénal.

Intervention le 31 juillet 1936 (Dr G. Lardennois). — « Excision de la cicatrice cutanée d'appendicectomie faite à froid il y a vingt ans.

Petite éventration dans la paroi avec adhérences d'une anse grêle.

Le cæcum est adhérent au péritoine pariétal (région de la cicatrice).

Epiploon adhérent au cæcum et maintenant le côlon transverse en attache serrée avec le côlon ascendant.

Disposition en double canon de fusil.

Dégagement de l'épiploon et sections de franges entre deux ligatures.

Le cæcum est en volvulus complexe, tourné de dedans en dehors et relevé vers le haut. De ce fait, l'abouchement du grêle est en dehors du cæcum.

Cette situation est fixée par des adhérences pariétales et viscérales extrêmement complexes. En deux points le grêle terminal est coudé en épingle à cheveux et soudé par des adhérences intimes.

De plus, il existe une bride sous-iléo-rétro-cæcale qu'il faut sectionner entre deux ligatures.

Dégagement méthodique de toutes les adhérences.

Détorsion, péritonisation du cæcum, du côlon ascendant et du grêle.

Drain de prudence.

Fermeture en quatre plans. »

RADIOLOGIE

L'exploration radiologique du tube digestif est ici d'une importance capitale; c'est le seul élément qui permette avant l'intervention de poser un diagnostic de certitude.

On comprendra donc que nous n'ayons pas réservé au diagnostic un chapitre spécial.

Nous n'insisterons pas sur la préparation du malade : soit par ingestion de la substance opaque, selon la méthode des trois repas, soit par lavement baryté.

Dans les deux cas, l'examen pratiqué sur le malade successivement debout et couché devra préciser :

1° Le vice de position du cæcum;

2° L'état de l'appendice.

La dystopie est facile à mettre en évidence. Une précaution cependant est à prendre dans le cas où l'examen serait fait après lavement baryté.

Il faut savoir attendre la réplétion totale du cadre colique et ne pas prendre pour le cæcum, lorsque celle-ci n'est pas complète, le segment du côlon droit qui fait suite au côlon transverse, et qui n'est autre qu'une partie du côlon ascendant.

On recherchera la mobilité des branches de cette anse colique droite, l'existence d'adhérences qui peuvent accoler entre eux cæcum et ascendant et les fixer aux organes du carrefour supérieur.

L'état de l'appendice devra retenir tout autant l'attention du radiologue. Il observera, si l'appendice est visible, sa situation exacte, sa direction et surtout sa sensibilité.

La douleur à la pression de l'image appendiculaire, constante, dans les différentes positions du malade, lui permet en effet de conclure d'une façon absolue, en faveur de l'appendicite.

(Observations : 1, 4, 15 et 16.)

L'appendice, dans ces formes, rappelons-le, s'implante à un endroit normal sur le cæcum; donc, lorsqu'il ne sera pas injecté, la douleur provoquée dans l'angle iléo-cæcal, qui est un signe de grande valeur, ainsi que l'ont bien montré Trémolières et Joulia, garde ici toute son importance (Observation 14).

Nous n'en dirons pas autant des signes indirects qui ont été donnés de l'appendicite (fixité du cæcum, stase iléale, etc., etc...). Ils sont ici facilement expliqués par les adhérences qui fixent dans leur position anormale le cæcum et l'appendice.

L'examen radiologique du tube digestif, pratiqué dans de bonnes conditions, représente donc l'élément exclusif du diagnostic de l'appendicite sous-hépatique évoluant au contact d'un cæcum renversé, et si nous avons présente à l'esprit cette forme qui se traduit quelquefois uniquement par un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, nous ne trouvons pas exagérée l'opinion de de Martel et Antoine, qui affirment « qu'on n'a pas le droit de faire opérer une appendicite chronique, même banale en apparence, sans avoir complété le diagnostic par un examen complet du malade, sous l'écran radioscopique. »

PATHOGENIE

Les différents auteurs qui ont exprimé leur opinion sur la pathogénie du « cæcum récurvatum » peuvent se grouper sous deux chefs distincts :

1° D'une part, les physio-pathologistes qui considèrent cette dystopie comme une affection acquise, sous la dépendance de phénomènes inflammatoires;

2° Les anatomistes, d'autre part, pour lesquels il s'agit

d'une affection congénitale, liée à un arrêt de développement au cours de la vie fœtale.

Nous allons étudier successivement ces deux théories.

I. — Théorie physio-pathologique.

Les partisans de cette hypothèse admettent que l'anomalie envisagée est acquise, d'ordre inflammatoire. Ils basent leur argumentation sur l'existence quasi-constante des lésions de pérityphlocolite, d'épiploïte trouvées au cours de l'intervention.

Le processus en jeu serait le suivant : A la suite d'une appendicite aiguë ou subaiguë, il se produit autour de l'appendice et du cæcum une réaction de défense, péritonéo-épiploïque. Il en résulte la formation de fausses membranes péricoliques, qui, à la suite de rétractions successives, réussiraient à attirer vers le haut le fond du cæcum.

Pasqualino — en Italie — s'est fait le défenseur absolu de cette hypothèse. Il affirme, en effet, que le « cæcum renversé doit être retenu comme une simple et parmi les plus typiques manifestations de la périviscérite abdominale, et dépendant toujours d'un ensemble de circonstances connues comme : mésentérite et péricolite, rétractiles, diffuses ou circonscrites ».

Il restait à expliquer l'origine des lésions dans les quelques cas où l'appendice fut trouvé indemne de toute trace d'infection antérieure.

Dans ces cas, il s'agirait de typhocolite primitive ayant donné lieu secondairement à la périviscérite; cette inflammation subaiguë ou chronique ayant pour point de départ la muqueuse du côlon cæco-ascendant mettrait en cause des seguelles intestinales de fièvre typhoïde ou de dysenterie anciennes, ou bien encore, et surtout, serait due, ainsi que certains auteurs tendent à l'admettre, à la stase stercorale dans le cæcum..

Relatons à ce sujet l'opinion de Pauchet, sur le rôle de la stase fécale dans la pathogénie de la périviscérite et de l'épiploïte.

« La stase ne donne lieu à aucun incident tant qu'il n'y a pas d'infection; à un moment donné, l'infection se produit parce que la muqueuse s'érode; les microbes ne passent pas seulement dans la circulation, mais aussi à travers la paroi intestinale; arrivés dans le péritoine, ils provoquent de la péritonite localisée.

L'épiploon, dans nombre de cas, défend le péritoine con-

tre l'envahissement de la séreuse par ces microbes; il en résulte pour cette séreuse une irritation, une inflammation chronique qui aboutit à l'épiploïte. »

Ainsi donc, en résumé, le « *cæcum recurvatum* » serait dû pour les défenseurs de cette théorie, à une périviscérite rétractile du carrefour inférieur, relevant tantôt de l'appendicite, tantôt de la stase cæcale.

Nous ferons plus loin, lorsque nous essaierons de conclure, la critique de ces arguments; mais déjà, cependant, nous dirons que, même dans cette hypothèse, la cause première réside dans une malformation congénitale.

En effet, la condition qui domine la question est la mobilité du *cæcum*. Normalement, chez l'adulte, le côlon ascendant est accolé directement au péritoine pariétal postérieur. Pour que le *cæcum* puisse se couder, et se porter sous le foie, il est nécessaire que le processus d'accolement du mésocôlon ascendant au péritoine postérieur, ne se soit pas produit. Il en résulte la persistance d'un mésocôlon anormal, laissant le côlon droit flottant qui pourra ainsi effectuer des déplacements dont l'amplitude sera fonction de la longueur de ce méso.

II. — Théories anatomiques.

Hypothèse de l'arrêt de migration du cæcum

Nous allons tout d'abord rappeler quelques commémoratifs anatomiques, concernant l'évolution embryologique de l'intestin.

Chez le jeune fœtus (deuxième-troisième mois), cet intestin se présente sous la forme d'une anse — l'anse ombilicale — contenue dans le plan sagittal — convexe en avant — formée d'une branche supérieure descendante et d'une branche inférieure ascendante; à leur réunion se trouve le canal vitellin.

L'ébauche du *cæcum* apparaît sur la branche inférieure à l'union de son quart antérieur et de ses trois quarts postérieurs, marquant la transition entre le gros intestin et l'intestin grêle. Cette anse, sous l'influence de son développement, va être le siège d'un mouvement de rotation de trois quarts de cercle, en sens inverse des aiguilles d'une montre, autour d'un axe défini par le canal vitellin et l'artère mésentérique supérieure.

Le *cæcum*, de médian qu'il était primitivement, passe ainsi de gauche à droite et à un certain moment il va se

projeter immédiatement sous le foie.

Puis il descend peu à peu le long du flanc droit pour gagner la fosse iliaque droite, vers le huitième mois de la vie intra-utérine.

Il est logique de penser, ainsi que cela se passe quelquefois pour le testicule, que le cæcum puisse s'arrêter en un point quelconque de sa descente vers la fosse iliaque. Cet arrêt de migration pourra se produire en particulier lorsque le fond du cæcum se trouve être en rapport avec la face inférieure du foie.

Le côlon droit pourra néanmoins continuer son développement, mais fixé en haut par son extrémité inférieure, le cæcum, il affectera, plus ou moins, par suite de son accroissement de longueur, cette disposition en V décrite précédemment. Ainsi se trouvera réalisée l'anomalie en question.

Tel est le mécanisme invoqué par les partisans de l'origine congénitale : Romano, Bacigalupi. Ce dernier auteur en voit une preuve dans les recherches faites par Sestini, qui aurait trouvé une disposition anatomique semblable chez un fœtus à terme.

Au terme de cet exposé pathogénique, s'il nous fallait prendre position, nous serions amenés à retenir les faits suivants :

1° L'existence des membranes péricoliques inflammatoires, sur laquelle est fondée la conception de l'origine acquise de la maladie n'est pas constante (observation n° 6).

2° Lorsqu'on les trouve à l'intervention, ces lésions peuvent être envisagées comme la conséquence, et non pas comme la cause de la dystopie.

En effet, si, après avoir vu le rôle de la stase stercorale dans la détermination des périviscérites nous admettons (et comment ne pas l'admettre, puisque la radiologie nous en fournit la preuve ?) que le cæcum renversé entraîne un ralentissement très important du transit colique, nous avons des éléments plus que suffisants pour croire que ces lésions sont une conséquence de l'anomalie en question.

Enfin, et surtout, il ne faut pas oublier que ces membranes péricoliques ont été trouvées dans les cas où les lésions de l'appendice étaient manifestes; ce qui suffirait à expliquer leur existence comme réaction secondaire à l'inflammation de l'appendice, en position sous-hépatique.

3° La coexistence de certaines anomalies — qu'on peut

envisager comme congénitales — est à retenir :

Anomalie du duodénum (observation n° 16);

Dolichosigmoïde et cæcum renversé (observation n° 7).

Dans cet ordre d'idées, signalons que Bianchi, dans un travail sur l'importance des vices de position congénitaux dans la pathologie du gros intestin, a cité un cas semblable et considère que l'allongement de l'anse sigmoïde dans ce cas est consécutif à l'insuffisance de rotation du cadre colique.

4° Il faut noter également la répétition spontanée de la dystopie après des interventions destinées à la corriger, dans certains cas :

Soit partielle (observation n° 2);

Soit totale, comme dans l'observation n° 16, dont nous avons, à dessein, réservé la suite pour ce chapitre. Il s'agissait d'un cæcum renversé qui, après libération des adhérences, avait été remis avec facilité dans la fosse iliaque droite, sans cæcoplexie.

Or, l'examen radiologique, fait un mois après l'intervention, par le même radiologue, montra que le cæcum s'était de nouveau renversé en position sous-hépatique. Ce cæcum, parfaitement libre, parfaitement mobile, peut être séparé avec facilité du côlon ascendant par le radiologue.

En résumé :

La non-constance des lésions inflammatoires qui, lorsqu'elles existent, peuvent être interprétées comme un facteur secondaire, surajouté;

La coexistence, avec le « cæcum récurvatum », d'autres anomalies;

La répétition possible de l'anomalie après intervention;

La persistance du mésocôlon ascendant, tels sont les principaux éléments qui attirent l'attention et plaident, il faut bien le dire, en faveur de l'origine congénitale de l'affection, sans toutefois permettre d'exclure avec certitude le processus inflammatoire qui peut avoir une part importante, mais non exclusive dans la détermination de la dystopie.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique de cette affection qui sera uniquement chirurgicale.

Le traitement médical, en l'occurrence l'antisepsie du milieu intestinal par médication soit chimique, soit biologique, ne saurait être qu'un temps préparatoire de l'opération.

Le but de l'intervention chirurgicale sera double, et visera :

1° A la suppression de l'appendice;

2° A la remise en place du cæcum.

La voie d'abord devra permettre un jour suffisant; dans ce but, l'incision médiane, sus et para-ombilicale, est des plus satisfaisantes.

L'appendicectomie est dans certains cas assez délicate, en raison des adhérences, et oblige parfois l'opérateur à procéder de la base vers la pointe de l'appendice, en faisant une section première de la base.

La correction de la dystopie, suivie ou non de cæcopexie, sera faite après libération de tous les tractus qui peuvent accoler entre eux le cæcum et le côlon ascendant, et les fixer au péritoine pariétal d'une part, aux organes du carrefour supérieur d'autre part.

Dans un dernier temps, d'une importance capitale pour le résultat éloigné, il sera procédé à une repéritonisation soignée de toutes les surfaces dénudées.

Le résultat, ainsi qu'on l'a noté dans les diverses observations où les malades ont été revus, est généralement bon.

Il se traduit par : la reprise du poids, la cessation des douleurs, la diminution ou la disparition des troubles digestifs, de la constipation.

CONCLUSIONS

L'appendicite sous-hépatique par cæcum récurvatum est une entité anatomo-pathologique qui n'est pas exceptionnelle.

L'anomalie de position du cæcum, probablement congénitale, confère à cette forme d'appendicite une expression clinique polymorphe dont la symptomatologie d'emprunt fait tout l'intérêt de l'affection.

La pratique systématique de l'exploration radiologique du tube digestif, dans tous les états douloureux — mal définis — de l'abdomen, permet seule de poser un diagnostic précoce et de faire bénéficier ces malades des bons résultats de l'intervention chirurgicale.

Vu et permis d'imprimer :

**Contribution à l'étude de l'appendicite sous-hépatique
avec cæcum recurvatum**

par MAURICE André.

Vu le Président : M. FIESSINGER, Professeur.

Vu le Recteur :
CHARLETY.

Vu le Doyen :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACIGALUPI. — Sur l'inversion du cæcum. (*Arch. italiennes des mal. de l'app. digestif*, décembre 1932.)
- BALESTRA G. — Cæcum inversé, ectopique. (*Radiologia Médica*, février 1931.)
- BARBET. — Trois cas d'appendicites sous-hépatiques par fixation ectopique du cæcum. (*Bull. de la Soc. des Chirurg. de Paris*, 21 mai 1926.)
- BELMONTI L. — L'inversion du cæcum. (*Renaissance médicale*, 15 mars 1933.)
- BERARD et VIGNARD. — L'appendicite. (1 volume, Masson, éd.)
- BIANCHI. — Sur l'importance des vices de position congénitaux dans la pathologie du gros intestin. (*Radiologia Médica*, juin 1925.)
- BLAKE. — Malposition of the appendicitis. (*Ann. of Surg.*, 1905, n° 4.)
- BLANC. — Appendicite sous-hépatique. (*Bull. de la Soc. des Chirurg. de Paris*, 23 avril 1926.)
- BUISSON. — Le diagnostic radiolog. de l'ectopie sous-hépat., cæco-append. (*Minerva Médica*, 5 nov. 1933.)
- CASSINIS (G.). — App. aiguë dans un cas de cæc. inversé, simulant une cholicystite. (*Boll. et mèm. Soc. piemontese de Chir.*, 1935, p. 719.)
- CAVAILLON et DEBROYE. — Le volvulus du cæcum. (*Revue de Gynécologie*, 1906.)
- DELBET. — Ectopie du cæcum. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1897.)
- DU BOURGUET. — Angulation du cæcum. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1^{er} mars 1934.)
- DUPUY DE FRENELLE. — A propos de l'app. sous-hépatique. (*Bull. Soc. des Chirurg. de Paris*, 18 juin 1926.)
- FISCHLER. — App. chron., torsion chron. du cæcum. (*Münchener Méd. Woch.*, 6 juin 1911.)
- FREDET. — Sur l'anatomie du cæc. et de l'app. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1905.)
- GLAUTENAY. — Appendicite sous-hépat. par arrêt de migra-

- tion du cæcum. (*Presse Médicale*, 1899, n. 9.)
- GREGOIRE R. et OBERLIN. — Précis d'anatomie.
- HARTMAN H. — Anomalie dans la situation du cæcum. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1887.)
- HEAD. — Cité par *Lyars in Sem. Médic.*, 1908, n° 11.
- KELLY. — « The vermiform Appendix and its diseases. »
- KÖCH. — Anomalies congénitales de situation de l'intest. humain. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, vol. n° 1, 1899.)
- LEDoux-LEBARD. — Manuel de radiodiagnostic clinique.
- LEGUEU. — La situation du cæc. chez l'enfant. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1892.)
- LERDA GUIDO. — L'appendice iléo-cæcal ectopique. (*Presse Médicale*, 13 janv. 1912.)
- LIERTZ. — Sur la situation de l'app. vermiforme. (*Arch. für Klin. Chirurgie*, 1909, p. 55.)
- LOISON. — Des suppurations intra et péri-hépatiques d'orig. typhlo-appendiculaire. (*Revue Chirurg.*, 1900.)
- LOVISATTI. — Cæcum inversé. (*Radiologia Médica*, mars 1931.)
- DE MARTEL et E. ANTOINE. — Les appendicites chroniques.
- MARTINEZ DE CASTRO. — Ectopie congénitale. (*Médecina Mexico*, 25 oct. 1934.)
- MULLER P. — App. aiguë avec situation anormale du cæcum. (*Paris Chirurg.*, déc. 1926.)
- PCUTHER M. — Contribution à l'étude du volvulus du cæcum. (*Thèse*, Paris, 1923.)
- PETIT DE LA VILLEON. — A propos de l'app. sous-hépatique. (*Bull. Soc. des Chir. de Paris*, 21 mai 1926.)
- ROMANI A. — L'ectopie sous-hépat. du cæc. et de l'app. (*Minerva Médica*, déc. 1934.)
- SANTORO. — Ectopie du cæc. et de l'appendice. (*Archives de Radiologie*, mai-juin 1932.)
- SEJOURNET. — A propos de l'app. sous-hépatique. (*Bull. Soc. des Chir. de Paris*, 7 mai 1926.)
- TANSINI L. — Une nouvelle variété d'appendicite sous-hépatique. (*Gazz. d'osp.*, 6 janvier 1929.)
- TUSSAU M. — Appendicite sous-hépatique. (*Renaissance Médico-Chirurgicale*, nov. 1926.)
- VALLEE. — Situation de l'app. chez l'enfant. (*Thèse*, Paris, 1900.)

